

< 様式 3 >

吸入指導報告書

患者 ID :

患者氏名 :

指導日 :

薬局名 :

指導薬剤師名 :

薬品名 :

該当する報告内容に☑チェックをお願いします

☐ 吸入手技が不良です

(具体的に :)

☐ 吸入流速が不足しています

☐ 吸入後の息止めができていません

☐ 吸入後のうがいができていません

☐ 残薬が多数あり、アドヒアランス不良です

☐ 吸入補助具の使用を開始しました (スパーサーなど)

☐ その他

(具体的に :)